



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CARMEN EMILIA OSPINA
NIT 813.005.265-7



OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

INFORME DE GESTION DE CONTROL INTERNO 2016

Presentado Por
LILIANA PARDO HERRERA

ENERO 2017

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	3
Alcance.....	4
Metodología.....	5
3. Informe del sistema de control interno.....	6
3.1 Valoración del Riesgo.....	6
3.2 Acompañar y Asesorar.....	9
3.2.1 Comité de control interno.....	10
3.3 Evaluación y seguimiento.....	10
3.3.1 Evaluación del Modelo Estándar de control interno.....	11
3.3.2 Auditoria interna.....	18
3.4 Fomento de la cultura de autocontrol	18
3.5 Relación con Entes de Control.....	14

INTRODUCCION

El presente documento tiene por objetivo preparar y formular el informe de gestión de la Oficina Asesora de Control interno y establecer la implementación, desarrollo y mejoramiento de los Subsistemas, componentes y elementos que integran el Sistema de Control Interno de la Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina, con base en los cinco (5) tópicos, sobre los cuales se fija el rol de las oficinas de control interno o quien haga sus veces, así:

- **Valoración del Riesgo:** Trabajo orientado a identificar y evaluar las actividades de monitoreo, seguimiento y control de los riesgos asociados a los procesos y procedimientos y su impacto en la consecución de los objetivos institucionales y las políticas adoptadas para el control de los riesgos, en pro del fortalecimiento del Sistema de Control Interno.
- **Acompañar y asesorar:** Consistente con el trabajo que deben realizar las oficinas de control interno de acompañamiento técnico a la alta Dirección y demás funcionarios de la entidad, en la búsqueda permanente de soluciones a las limitaciones detectadas en las diferentes actividades de la entidad.
- **Evaluación y seguimiento:** Comprende las actividades de evaluación objetiva e independiente que debe realizar la oficina de control interno sobre la gestión administrativa, financiera, de legalidad, operativa e informática de la entidad, a través de las cuales se establecen recomendaciones para que la alta dirección fije las acciones de mejora continuo de la entidad.
- **Fomentar la Cultura del Autocontrol:** Acciones orientadas a promover la puesta en práctica e interiorización por parte de los servidores de la entidad, de los valores, principios, políticas y objetivos institucionales, tendientes al fortalecimiento del compromiso de los funcionarios con la entidad, a través del conocimiento del Sistema de Control Interno.
- **Relación con los Entes Externos:** Acciones orientadas a que la entidad de cumplimiento efectivo a sus obligaciones de suministro de información a las entidades de inspección, vigilancia y control y demás partes interesadas; así como de su gestión o rendición de cuenta de manera ágil y transparente.

1. ALCANCE

El alcance del informe se extiende desde el 1º de enero al 31 de Diciembre de la Vigencia Fiscal de 2.016 y abarca los diferentes procesos y procedimientos administrativos y asistenciales, a través de los cuales, la ESE Carmen Emilia Ospina logra el cumplimiento de sus objetivos y su misión institucional.

2. METODOLOGIA

La metodología aplicada para la consolidación del Informe, consistió en extraer los aspectos relevantes registrados en los informes ejecutivos de las evaluaciones y seguimientos efectuados por la Oficina de Control Interno durante la vigencia fiscal 2.016.

3. INFORME DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

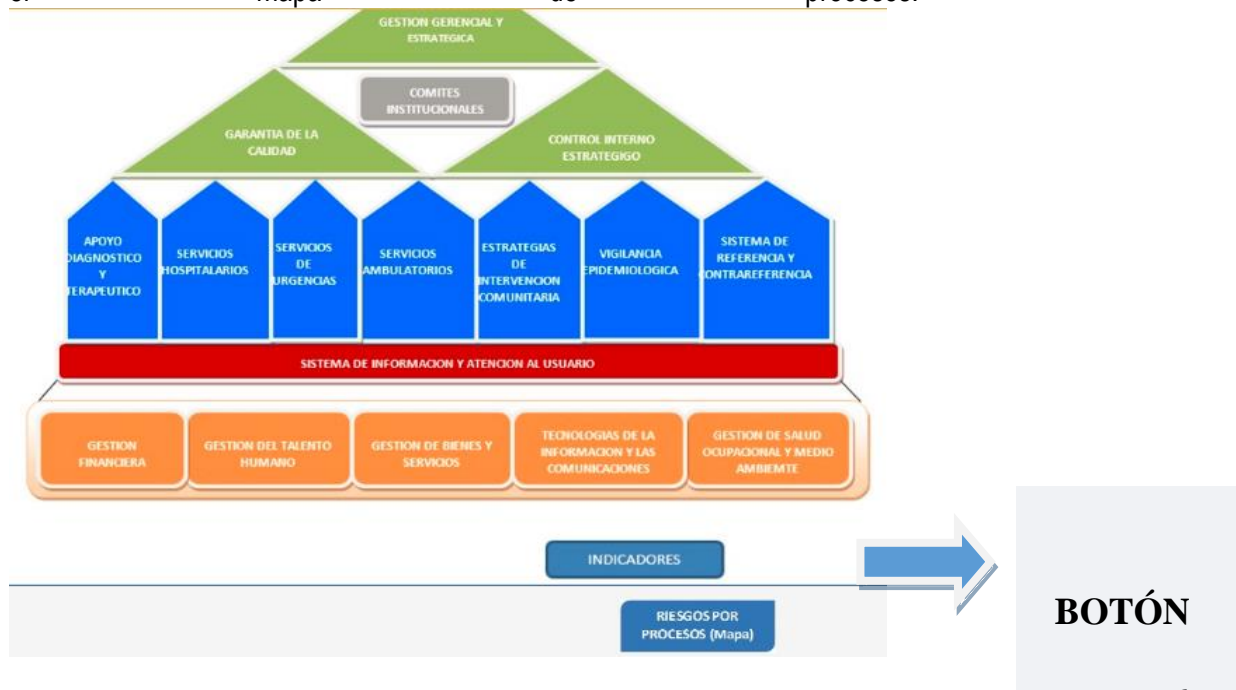
El ejercicio de control interno basado en los cinco (5) tópicos, sobre los cuales se fija el rol de las oficinas de control interno, se ha venido ejerciendo, tal como se evidencia a continuación:

3.1. VALORACION DEL RIESGO.

Las acciones de Control Interno estuvieron orientadas a identificar y evaluar las actividades de monitoreo, seguimiento y control de los riesgos asociados a los procesos y procedimientos y su impacto en la consecución de los objetivos institucionales y las políticas adoptadas para el control de los riesgos, en pro del fortalecimiento del Sistema de Control Interno, de la ESE Carmen Emilia Ospina.

Al respecto, se orientó a la gerencia y demás funcionarios de la ESE, sobre la necesidad de aplicar cabalmente los procesos y procedimientos fijados por la ESE dentro del proceso de continuidad y sostenibilidad de la implementación del MECI 1000:2.005, con el propósito de evitar riesgos en la prestación de los servicios de salud, así como de realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación de los controles a los riesgos. Al respecto la oficina de Control interno evidenció lo siguiente:

Se actualizó el procedimiento de administración y la nueva metodología, por tanto se realizó seguimiento a la anterior metodología, elaborando el MAPA DE PROCESOS, y creando un botón en el



Los nuevos riesgos, con base en la nueva metodología son:

1. Control interno estratégico.

No.	IDENTIFICACION DEL RIESGO - Líder del Proceso				
	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	ANÁLISIS CAUSAS	EFFECTO O CONSECUENCIAS
1	Elaboración de informes extemporáneos y/o con ausencia de conceptos técnicos actualizados	Generación extemporánea de informes de competencia de ley, auditorías, planes de mejora y demás documentos, así como aquellos que presenten insuficiencia de conceptos técnicos actualizados	operativo	1. Dificultad en la entrega oportuna del flujo de información por parte de algunos líderes de procesos. 2. Falta de articulación por parte de los auditores de los resultados de las auditorías que sirvan como insumo para los diversos informes que se desarrollan dentro del proceso de control interno estratégico. 3. Falta de actualización del auditor respecto a las normas existentes.	1. Presentación de informes extemporáneos. 2. Deficiencia en los resultados de los informes, y en la prestación de asesorías, acompañamientos y seguimientos. 3. Multas y sanciones por incumplimientos en entrega de informes de ley.

2. Gestión Gerencial.

No.	IDENTIFICACIÓN RIESGO - Líder del proceso				
	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	ANÁLISIS CAUSAS	EFFECTO O CONSECUENCIAS
1	Falta de adherencia del plan de desarrollo y Plan de acción	Pese a que se tienen plan de desarrollo y Plan de acción, algunos líderes no se adhieren en la gestión indicada que permita alcanzar los objetivos propuestos en estos planes.	Estratégico	1. Carga laboral. 2. Falta de formación de los líderes. 3. Falta de mayor articulación y seguimiento en los planes.	1. Incumplimiento de los objetivos de la empresa. 2. Resultados deficientes en los indicadores propuestos.
2	Inapropiada definición de políticas, objetivos, metas	La plataforma estratégica de la empresa no se ajusta a las necesidades	Estratégico	inadecuado diagnóstico institucional inadecuado apropiación y seguimiento	1. resultados deficientes 2. Decisiones erróneas 3. Pérdida de imagen institucional
3	Falta de fortalecimiento de la imagen corporativa a los usuarios y funcionarios sobre los servicios prestados por la ESE Carmen Emilia	Desconocimiento de los usuarios y pérdida de cobertura de los servicios prestados por la ESE.	Imagen	1. Falta del personal para el desplazamiento y cubrimiento de eventos 2. Fallas en la coordinación con las diferentes áreas 3. Falta de presupuesto.	1. Poco reconocimiento interno y externo 2. Disminución de ingresos por desconocimiento de los servicios 3. Poca participación de la ESE en las diferentes zonas 4. Baja imagen corporativa.
4	Pérdida de los procesos y actuaciones judiciales y extrajudiciales.	Sentencias y tutelas que resulten en contra de la ESE Carmen Emilia.	Cumplimiento	1. Desconocimiento de las normas de las distintas ramas del derecho. 2. Inexperiencia 3. Inadecuada argumentación jurídica. 4. Fallas de los procedimientos internos como fallas del servicio.	1. Detrimento patrimonial

3. Servicios de urgencias.

No.	IDENTIFICACIÓN RIESGO - Líder del proceso				
	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	ANÁLISIS CAUSAS	EFFECTO O CONSECUENCIAS
1	Inoportunidad en la atención y prestación del servicio de urgencias.	Retrazos en la prestación del servicio que amerita el usuario de acuerdo a su condición de salud	Operativo	1. Deficiencias procedimentales. 2. Desconocimiento del personal 3. Negligencia personal 4. Fallas en la infraestructura.	1. Detrimento patrimonial por demandas 2. Congestión en los servicios 3. Incremento de PQR 4. Agravamiento del paciente.

4. Servicios ambulatorios.

No.	IDENTIFICACIÓN RIESGO - Líder del proceso				
	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	ANÁLISIS CAUSAS	EFFECTO O CONSECUENCIAS
1.	Inoportunidad en la atención y prestación de servicios ambulatorios.	Demora en la atención y prestación de los servicios ambulatorios	operativo	1. Inasistencia médica 2. Fallas procedimentales 3. Fallas tecnológicas	1. Insatisfacción del usuario. 2. Disminución de ingresos para la empresa. 3. Afectación de imagen corporativa.

5. Sistemas de Información y Atención al Usuario.

No.	IDENTIFICACIÓN RIESGO - Líder del proceso				
	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	ANÁLISIS CAUSAS	EFFECTO O CONSECUENCIAS
1	Cobertura en la prestación del servicio del call Center	Deficiente capacidad del area para generar la prestación del servicio	Operativo	1. falta de personal. 2. Inexperiencia	1. insatisfacción del usuarios. 2. Aumento de PQRs. 3. Disminucion de ingresos.

6. Gestión del Talento Humano.

No.	IDENTIFICACIÓN RIESGO - Líder del proceso				
	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	ANÁLISIS CAUSAS	EFFECTO O CONSECUENCIAS
1.	Vinculación del personal directo o indirecto sin los requisitos legales	Por diversos motivos se realiza una vinculación inadecuada del personal de planta y contratista.	Cumplimiento	1. Desconocimiento del procedimiento de vinculación 2. fallas en el análisis y verificación de datos	1, Sanciones legales y disciplinarias 2. Imagen corporativa afectada
2.	Perdidas económicas por falencias en la Liquidación de la Nómina.	Fallas internas por desinformación, digitación, análisis que se presenten durante el proceso de la liquidación de nomina	Operativo	1. falta de conocimiento técnico y continuidad en la ejecución del proceso 2. Generación de novedades a destiempo	1.Detrimento patrimonial 2.Demandas del personal

7. Intervención Comunitaria.

No.	IDENTIFICACIÓN RIESGO - Líder del proceso				
	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	ANÁLISIS CAUSAS	EFFECTO O CONSECUENCIAS
1	Incumplimiento en el desarrollo de las actividades para pyp	Aumento de la prevalencia de las enfermedades en las comunidades por la disminución de actividades preventivas y de promoción (pyp)	Imagen	1.errores en las bases de datos 2.Desconocimiento de los usuarios y/o prestadores de servicios. 3.deficiencias en la contratación de las actividades con las eps	1.Aumento de la morbilidad y mortalidad en la población. 2.efectos financieros negativos
2	Incumplimiento en la adherencia a las guías	Los profesionales que hacen atención directa al pacientes presentan baja adherencia a las guías, anexo técnico de la resolución 4003 de 2008.	Operativo	desconocimiento del personal, falta de compromiso, rotación de personal	Complicación de pacientes, generación de glosas, información que se genera a EPS e informes deficientes al programa
3	Bajo impacto en el mejoramiento de la prestación del servicio	Desarticulación de los procesos misionales que conllevan a servicios de salud inefficientes, discontinuos, y de mala calidad	Operativo	1.Desarticulación de los procesos. 2.fallas en la idoneidad del personal contratado. 3.rotación de personal 4.deficit en el monitoreo y seguimiento y control de las	1.falta de credibilidad de la imagen corporativa. 2.Aumento de los índices de morbilidad y mortalidad. 3.congestión de los diferentes servicios prestados.

8. Sistemas y referencia y contra referencia

No.	IDENTIFICACIÓN RIESGO - Líder del proceso				
	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	ANÁLISIS CAUSAS	EFFECTO O CONSECUENCIAS
1	Fallas de recepción de pacientes referidos.	Retención de camillas en las diferentes IPS receptoras del paciente remitido.	Cumplimiento	1. Las IPS receptoras acepta usuarios en trámite de remisión sin tener disponibilidad de camas en el servicio. 2. Las IPS se declaran en emergencia funcional, limitando las aceptaciones solo a urgencia vitales. 3. Incumplimiento de la normatividad para la admisión del paciente remitido. 4. Las IPS citan a los usuarios a determinadas horas para la admisión del paciente en el servicio.	1. Demora en la oportunidad del servicio de ambulancia. 2. Afectación de la imagen corporativa de la institución
2	Inoportunidad en la prestación del servicio al paciente	Envío tardío de remisiones a la red prestadora de salud.	Cumplimiento	1. Demoras en comunicar a la radio operadora los pacientes para el proceso de remisión. 2. Demoras en la realización de evoluciones médicas de los pacientes en trámite de referencia. 3. fallas en los procedimientos internos.	1. Inoportunidad en los tiempos de traslados de pacientes. 2. Retrasos en el trámite de referencias.

9. Garantía de la Calidad

No.	IDENTIFICACIÓN RIESGO - Líder del proceso				
	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	ANÁLISIS CAUSAS	EFEECTO O CONSECUENCIAS
1	Incumplir con los Estandares de habilitación de los servicios	Incumplimiento a las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación del servicio de salud como lo son: Talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos-dispositivos médicos e insumos, historias clínicas y registros para la habilitación de los servicios	Cumplimiento	1- Desconocimiento de la norma 2- Falencias en la monitorización del cumplimiento	1- Cierre 2- Sanciones y/o multas 3- Recorte de oferta en servicios 4- Traslados a la justicia ordinaria
2	Incumplimiento en el reporte de indicadores del sistema de información para la calidad.	Incumplimiento en el reporte de los indicadores para el monitoreo de la calidad a la Superintendencia de Salud con una periodicidad semestral y anual como lo indica la norma (Res. 256 - Decreto. 2193)	Cumplimiento	1- El no reporte de indicadores por parte de otras áreas 2- Problemas en la consolidación del reporte	1- Sanciones y/o multas
3	Evento adverso prevenible trazador mortal	Materializar un evento adverso que ocasione muerte, incapacidad permanente o lesión grave a un usuario objeto de nuestra atención en salud.	Operativo	1- No adherencia a guías y protocolos de manejo. 2- No adherencia a procedimientos establecidos. 3- El no cumplimiento de estándares definidos. 4- Falta de barreras o controles 5- No identificación del evento adverso.	1- Aumento en costos de atención 2- Muerte del usuario 3- Incapacidad del usuario 4- Lesión grave del usuario 5- Detrimento patrimonial por demandas
4	Incumplimiento de los indicadores del plan de gestión	El no cumplimiento del reporte de los indicadores de acreditación y PAMEC establecidos en el plan anual de gestión gerencial.	Cumplimiento	1- El no seguimiento periodicos a los indicadores establecidos. 2- La no ejecución de planes de mejora a las desviaciones identificadas. 3- La no efectividad de los planes de mejora definidos	1- Mala calificación de la gestión gerencial del periodo. 2- El no logro de los objetivos institucionales.

10. Salud Ocupacional y Medio Ambiente.

No.	IDENTIFICACIÓN RIESGO - Líder del proceso				
	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	ANÁLISIS CAUSAS	EFFECTO O CONSECUENCIAS
1	Incumplimiento de la terminación de la red contra incendios	Se requiere terminar la red contra incendios dentro de la ESE CEO	Operativo	Falta de gestión en la consecución de los recursos financieros	Muerte, pérdidas económicas, falla de la infraestructura
2	Amenazas por infraestructura locativa	Deterioro y deficiencia de equipos e instalaciones que no cumplen con las especificaciones de infraestructura	Financiero	Falta de recursos financieros	Muerte, pérdidas económicas, falla infraestructura, cierres parciales de centro de salud
3	inadecuada Segregación en la fuente	Inadecuada gestión y manejo externo e interno de los residuos hospitalarios y similares incluida la segregación, tratamiento y disposición final de los recursos	Cumplimiento	falta de apropiación de las capacitaciones realizadas	Accidentes Biológicos e infracciones Ambientales

11. Tecnologías de la información y comunicaciones.

No.	IDENTIFICACIÓN RIESGO - Líder del proceso				
	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	ANÁLISIS CAUSAS	EFFECTO O CONSECUENCIAS
1.	Ataque cibernético a la red de la entidad.	Riesgo de un ataque a la red por parte de terceros.	Tecnología.	1. Intentos mal intencionados de terceros.	1. Pérdida y/o vulneración a la información. 2. Infección a través de virus informáticos a los equipos.
2.	Deterioro del archivo gestión, histórico y central.	Daño parcial o total de los documentos físicos custodiados en el archivo de la ESE CEO.	Operativo.	1. Humedad, ácaros, polillas, polvo, roedores. 2. Eventos catastróficos. 3. Fallas procedimentales de la gestión documental.	1. Procesos jurídicos, 2. incremento en costos.

12. Bienes y Servicios

No.	IDENTIFICACIÓN RIESGO - Líder del proceso				
	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	ANÁLISIS CAUSAS	EFFECTO O CONSECUENCIAS
1.	Elaborar contratos sin los requisitos legales	Proyección y emisión de contratos con ausencia de requisito legales	legal	1 - Falta de planeación contractual. 2 - Desconocimiento de las normas 3 - Desactualización del manual de contratación.	1 - Nulidad de contratos 2 - Sanciones de los diferentes entes de control 3 - investigaciones penales
2.	Posibles eventos que causen detrimento patrimonial	Fallas presentadas dentro de los procesos, pólizas, deterioro y/o perdida de elementos, insumos o materiales que puedan afectar el patrimonio de la ESE Carmen Emilia Ospina	Operativo	1 - Desconocimiento en la adquisición de pólizas. 2 - Actualización tardía de los Cambios generados en las pólizas. 3 - Perdidas de elementos e insumos 4 - sobrecostos en la compras de suministros. 5-Demoras en la contratación	1 - Afectación de los estados financieros 2 - Sanciones legales. 3 - Represamiento en la atención del servicio.
3.	fallas en la infraestructura de la sedes de la entidad	Fallas en el funcionamiento de las sedes a nivel hidráulico, eléctrico y locativo.	Operativo	1 - Malos procedimientos ejecutados 2 - Falta de planeación y ejecución en labores.	1 - Daños y deterioro estructurales y equipos médicos de la entidad. 2 - Mala imagen corporativa. 3 - Inundaciones.

13. Vigilancia Epidemiológica

No.	IDENTIFICACIÓN RIESGO - Líder del proceso				
	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	ANÁLISIS CAUSAS	EFFECTO O CONSECUENCIAS
1.	Inoportunidad en la notificación de eventos de salud pública	Notificación tardía de evento de interés en salud pública	Cumplimiento	1. negligencia médica. 2. falta de compromiso de todo el personal.	1. Requerimientos por parte del ente de control. 2. Deterioro del paciente.
2.	Incumplimiento a las acciones de protocolos de vigilancia Epidemiológica.	Desconocimiento de información relevante para realizar el seguimiento y tratamiento de los posibles usuarios susceptibles a la enfermedad.	Operativo	1. Bases de datos de usuarios desactualizados. 2. Negación u omisión de información por parte del usuario.	1. Deterioro de la salud del paciente 2. Propagación de la enfermedad 3. transmisión de enfermedad 4. Muerte del paciente

14. Servicios Hospitalarios

No.	IDENTIFICACIÓN RIESGO - Líder del proceso				
	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	ANÁLISIS CAUSAS	EFFECTO O CONSECUENCIAS
1	Ocurriencia de eventos adversos y fallas de calidad.	Con ocasión de la atención en salud pueden presentarse lesión o daños a los pacientes o usuarios del servicio de hospitalización.	Operativo	1. Falta adherencia a procesos procedimientos y guías de atención. 2. Deficiencia en el suministro de insumos y dotación de equipos. 3. Deficiente mantenimiento de equipos, infraestructura y muebles 4. Deficiencia en el sistema de seguridad clínica del servicio.	1. Muertes o lesiones reversibles o irreversibles en los usuarios. 2. Incremento en los costos de la prestación del servicio. 3. Detrimiento patrimonial.

15. Gestión Financiera

No.	IDENTIFICACIÓN RIESGO - Líder del proceso				
	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	ANÁLISIS CAUSAS	EFEECTO O CONSECUENCIAS
1.	Inoportunidad y flujo de la información para registro, análisis y generación de informes	Inoportunidad y retrasos de información que se presenten dentro de los procesos internos y externos que impidan el flujo oportuno de información y veracidad de la misma.	Operativo	1 - fallas de comunicación 2 - aunque existen procedimientos internos, hay retrasos 3 - Proceso engorrosos 4 - Desconocimientos de los procedimientos internos	1 - Retrasos en los procesos financieros 2 - Informes poco objetivos. 3 - Reprocesos administrativos 4 - fallas en la calidad, inconsistencias y oportunidad de la información generada 5 - Sanciones legales
2.	Insostenibilidad de la ESE a nivel Financiero	Falta de recursos económicos que impidan operar y generar sostenibilidad de la ESE	Operativo	1 - Aceptación de glosas 2 - Diferentes causales y errores en la facturación 3 - Pérdida por margen de contratación.	1 - Incumplimientos legales 2 - Intervención del ente de control

16. Apoyo diagnóstico y terapéutico.

No.	IDENTIFICACIÓN RIESGO - Líder del proceso				
	RIESGO	DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	ANÁLISIS CAUSAS	EFEECTO O CONSECUENCIAS
1	Error en la toma de muestras	Ejecución del procedimiento de forma inadecuada generando resultados errados	Operativo	1- Deficiencia en la capacitación del personal 2- Alteración de la muestra	1 - Afectación de la salud de paciente 2 - Complicaciones legales 3 - Generación de una mala imagen corporativa
2	Entrega inoportuna de los resultados	Presentación de retrasos en la entrega de resultados	Operativo	1- Demora en la toma de muestras. 2- Demora en el transporte. 3- Bloqueo en el software. 4- Falta de insumos de laboratorio 5- Falta de personal para la entrega de resultado después de la emisión de resultados	1 - Generación de sobrecostos 2 - Retrasos en la generación del Diagnóstico 3 - Afectación de la salud de paciente. 4 - Generación de una mala imagen corporativa. 5 - Incumplimiento a la normatividad en la entrega de resultados.

3.2. ACOMPAÑAR Y ASESORAR.

Las actividades han estado orientadas al acompañamiento técnico a la alta Dirección y demás funcionarios de la entidad, en la búsqueda permanente de soluciones a las limitaciones detectadas en las diferentes actividades de la empresa.

- Se hizo acompañamiento y asesoramiento a la gerencia durante los comités de control interno.
- Así mismo se acompañó y oriento a los coordinadores de áreas con el fin de realizar correctivos y recomendaciones encontradas en el reporte de la información del 2193 de la vigencia 2016.
- Se participó como invitada a los (12) comités de calidad, (12) comités de farmacia y terapéutica y (1) de archivo, con el fin de brindar valor agregado desde el punto de vista de gestión de procesos, controles y riesgos.
- Se orientó y acompañó en la elaboración del plan de mejoramiento institucional según auditoria a la contratación de la vigencia 2015 realizada por la contraloría municipal, suscribiéndose dicho plan en la vigencia 2016.
- Se acompañó a la alta dirección en la rendición de cuentas de la vigencia 2015, realizada el 15 de marzo de 2016 a la cual se registraron un total de 237 asistentes.
- Se orientó y se hizo acompañamiento a 16 procesos en el manejo de la matriz de administración de riesgos emitida por el DAFP, con el fin de mantener controles en la prevención del riesgo.
- Así mismo, se orientó al representante de la alta dirección y equipo MECI, en las acciones de actualización, continuidad y sostenibilidad del proceso de implementación del Modelo Estándar de Control Interno.
- Se participó de los (5) cinco comités CICI realizados por la contraloría municipal, comité del cual hace parte la oficina de control interno de la ESE, en donde participan todos los sujetos de control por parte de la contraloría municipal.
- Se realizó acompañamiento y asesoramiento a los (16) líderes de procesos para la actualización del normograma institucional.
- Se realizó acompañamiento en el proceso de inventarios de insumos efectuado en el mes de diciembre de 2016.

3.2.1 COMITÉS DE CONTROL INTERNO

El COMITÉ DE COORDINACION DE CONTROL INTERNO, se encuentra creado mediante resolución 077 de 2010, se reglamentó el comité al más alto nivel para orientar la política en materia de control en la ESE CEO y hacer seguimiento y evaluación a las medidas y resultados obtenidos por la ESE CEO. Igualmente, en la Resolución No.93 del 31 de marzo de 2016, se actualizaron los roles de los miembros del Comité de Control Interno; se actualizaron los miembros; con base en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) con base en los lineamientos del Manual Técnico MECI 1000:2014, del Decreto 943 del 21 de mayo de 2014. El Comité de Control Interno, conforme a esta resolución también funcionará como Equipo MECI.

Con corte diciembre de 2016, se desarrollaron doce (12) comités de coordinación de control interno, orientados en los avances del Plan de Acción del área de control interno que contempló la realización de auditorías programadas y especiales; seguimiento de planes de mejora; recomendaciones a los procesos, fortalecimiento del control interno, identificación de riesgos a través del seguimiento al mapa de riesgos por procesos; seguimiento al plan anticorrupción y a los riesgos de corrupción; relación con entes de control externo; fortalecimiento de la cultura de autocontrol (socialización de boletines mensuales de autocontrol).

3.3. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

COMPONENTE DE AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL

La gestión realizada por la oficina de control interno ha estado encaminada a cumplir con los informes de ley entre los informes que se presentaron se encuentran:

- Se realizó y público en la web cuatrimestralmente, el informe pormenorizado de Control interno.
- Se realizó y público en la Web cuatrimestralmente, el seguimiento al plan anticorrupción y riesgos de corrupción.
- Se elaboró y se publicó en la web trimestralmente, el Informe de austeridad y eficiencia del gasto público.
- Se elaboró y público el informe de SIAU de manera semestral.
- Se elaboraron los formatos de la evaluación de la gestión por dependencias insumo base entregado al área de Talento Humano para la elaboración de las evaluaciones de desempeño.
- Se actualizaron los procedimientos del área de control interno, metodologías y formatos, los cuales fueron enviados al área de calidad para su aprobación.

COMPONENTE DE AUDITORIA INTERNA

La oficina de Control Interno ha venido desarrollando el plan de auditorías anual dando cumplimiento del 100% a las auditorías programadas; y el 100% de las auditorías especiales.

El programa anual de auditorías a cargo de las oficinas de control interno y calidad se ha venido ejecutando en un 100%.

COMPONENTE DE PLANES DE MEJORAMIENTO

La oficina de Control Interno ha realizado los respectivos seguimientos a los planes de mejoramiento por procesos producto de las auditorías internas que se realizaron en el año 2015; y auditorías realizadas en el año 2016. Se realizó seguimiento a los planes de mejoramiento de:

SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO AÑO 2015		SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO 2016	
PROCESO	No de Acciones Propuestas	PROCESO	No de Acciones Propuestas
BIENES Y SERVICIOS (Almacen)	6	Financiero	9
Bienes y servicios (Infraestructura y equipos)	6	Bienes y servicios Contratacion	7
Talento Humano	8	TIC	0
Gestion Gerencial - Defensa Judicial	8	servicios ambulatorios (consulta externa)	3
CALIDAD	4	Bienes y servicios cto 18 especial	5
TIC	13	Bienes y servicios(contratacion) cto 681 especial	0
Gestion bienes y servicios contratacion	5	TIC y contratacion Auditoría Especial 2016	1
Referencia y contrareferencia	8	Gestion financiera (Tesoreria)	6
Apoyo diagnostico y terapeutico imagenologia	6	Calidad	0
Apoyo diagnostico y terapeutico (farmacia)	13	Gestion Bienes y servicios (Almacen)	9
Apoyo Diagnostico y Terapeutico (RX)	14	Gestion bienes y servicios contratacion espclal liquidacion	2
Servicios Hospitalarios	4	Servicios Ambulatorios (Odontologia)	
Vigilancia Epidemiologica	10	Almacen (Mantenimiento)	7
Programas especiales - Deteccion temprana	9	desarrollo institucional, programas de extensión y control interno disciplinario)	11
Intervenciones comunitarias IAM	14	Gestion de talento humano (Administracion de personal)	
Estrategias de intervencion Comunitaria (Contratos Interadministrativos)	4	Contratación	7
TOTAL	126	Gestión de bienes y svicios (Servicios administrativos infraestructura y equipos)	1
		TOTAL	68

Comprende las actividades de evaluación objetiva e independiente que debe realizar la oficina de control interno sobre la gestión administrativa, financiera, de legalidad, operativa e informática de la entidad, a través de las cuales se establecen recomendaciones para que la alta dirección fije las acciones de mejora continua de la entidad. A este respecto, se desarrollaron las siguientes actividades:

-Se realizó el informe de gestión de la vigencia 2015 el cual fue entregado a planeación el día 13 de enero de 2016.

-Se realizó y envió al DAFP el informe Ejecutivo Anual de Control Interno se entregó a la gerencia el 16 de febrero de 2016. (Se anexa certificación)

-Se realizó y envió el informe de control interno contable a la contaduría general de la nación, el día 27 de febrero de 2016.

-Semanalmente se realizó la evaluación a la gestión por dependencias, las cuales fue entregadas al área de talento humano como soporte para las evaluaciones de desempeño el día 26 de febrero de 2016 y el 13 de agosto de 2016.

-Se realizó y envió a la dirección nacional de derecho de autor el informe sobre la verificación, recomendaciones, seguimiento y resultado sobre el cumplimiento de las normas en materia de derecho de autor sobre programa de computador. (Software). Se entregó a la gerencia el día 12 de marzo de 2016.

-Se realizó seguimiento al plan anticorrupción. Se publicaron y entregaron tres (3) informes en la vigencia 2016:

Tercer Informe: Se publicó y entrego el 04 de enero de 2016. (Septiembre a Diciembre 2015).

Primer Informe: Se publicó y entrego el 23 de mayo de 2016. (Enero a Abril 2016).

Segundo Informe: Se publicó y entrego el 14 de septiembre de 2016. (Mayo a Agosto 2016).

Se efectuó la entrega del plan de mejoramiento de la auditoria gubernamental con enfoque integral modalidad regular a la empresa social del estado Carmen Emilia Ospina, vigencia fiscal 2015, el cual fue reportado el 19 de diciembre de 2016.

Se efectuó el seguimiento al plan de mejoramiento de la auditoria gubernamental con enfoque integral modalidad regular a la empresa social del estado Carmen Emilia Ospina, vigencia fiscal 2014, el cual fue reportado mediante la plataforma SIA el 25 de julio de 2016.

-Se cumplió con la presentación de los informes semestrales al servicio de información y atención al usuario, según art. 76 de la ley 1474 de 2011.

- Se cumplió con la presentación de los informes pormenorizados de control interno cuyo reporte es cuatrimestral la ley 1474 de 2011; se publicaron en la intranet tres (3) informes pormenorizados en

los meses de abril, agosto y noviembre de 2016. Se han presentado a la alta gerencia y publicado en la página web de la entidad www.contraloriands.gov.co.

3.3.1. Evaluación del Modelo Estándar de Control Interno.

El proceso de implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2.005, al cierre del 31 de Diciembre de 2016, con un grado de madurez satisfactorio: “La Entidad cumple de forma completa y bien estructurada con la aplicación del modelo de control interno, se toman acciones derivadas del seguimiento y análisis de la información interna y externa, permitiendo la actualización de sus procesos.

El Modelo Estándar de Control Interno (MECI) proporciona una estructura con los elementos necesarios para construir y fortalecer el Sistema de Control Interno en las organizaciones obligadas por ley 87 de 1993, a través de un modelo que determina los parámetros de control necesarios para que al interior de las entidades se establezcan acciones, políticas, métodos, procedimientos, mecanismos de prevención, verificación y evaluación en procura del mejoramiento continuo de la administración pública.

La ESE CARMEN EMILIA OSPINA de Neiva, a través de la Resolución No.93 del 31 de marzo de 2016, actualizó el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) con base en los lineamientos del Manual Técnico MECI 1000:2014, del Decreto 943 del 21 de mayo de 2014.

3.3.2 AUDITORIA INTERNA

Las auditorías realizadas a los diferentes procesos en la ESE CEO para la vigencia fiscal 2016, tienen un enfoque que mide el logro de los objetivos, con el fin de realizar un examen sistemático, objetivo e independiente de los procesos, actividades, operaciones y resultados de la ESE, el cual se realizó a través de un programa de auditorías, que con corte de diciembre 31 del año 2016.

PLAN AUDITORIAS DE LA OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	
No	ACTIVIDAD
PROCESOS DE APOYO	
1	GESTION FINANCIERA
2	TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y COMUNICACIÓN
3	GESTION TALENTO HUMANO
4	GESTION DE BIENES Y SERVICIOS (Almacén)
5	GESTION DE BIENES Y SERVICIOS (Infraestructura y equipo y servicios administrativos)
6	GESTION DE BIENES Y SERVICIOS (Contratación)
PROCESOS MISIONALES	
7	SERVICIOS AMBULATORIOS

Del anterior plan de Auditorias se alcanzó un cumplimiento del 100% con 7 auditorías programadas para la vigencia 2016. El programa anual de auditorías es ejecutado por la oficina de control interno y de calidad. En cada una de las auditorías se encontraron hallazgos, que se socializaron con el dueño del proceso y se fijan acciones de mejoramiento que permitan presentar una mejora continua en la ejecución de los procesos y actividades desarrolladas por la ESE CEO, las cuales se enfocaron a los procesos de gestión financiera, tecnología de la información y comunicaciones, talento humano, gestión de bienes y servicios, apoyo diagnóstico, igualmente se efectuaron auditorías internas a los subprocesos de servicios administrativos, infraestructura y equipos y contratación.

Se realizaron las siguientes auditorías especiales por petición de Gerencia y por otras la necesidad de verificar y corroborar el cumplimiento de normatividad y reglamentación.

No DE AUDITORIAS	AUDITORIAS ESPECIALES REALIZADAS 2016
1	Contratacion (Contrato No 018- Aseo).
2	Contratacion (Contrato No 0681- Radio operadores).
3	Contratacion (Contratacion año 2013).
4	Area de Mantenimiento .
5	Auditoria de Caja Menor.
6	Contratacion (Contratacion cierre de mes Julio 2016).
7	Talento Humano (Auditoria Denuncia anonima).
8	Talento Humano (Auditoria año 2016).

3.4. FOMENTO DE LA CULTURA DEL AUTOCONTROL

Acciones orientadas a fortalecer el principio del autocontrol en los servidores públicos, asumido como la capacidad de cada uno de considerar el control como inherente e intrínseco a sus responsabilidades, acciones, decisiones, tareas y actuaciones. En otros términos, proyectarlo a nivel institucional como la actitud de hacer bien las cosas en condiciones de justicia, calidad, oportunidad, transparencia y participación y como la capacidad de control para regularse a sí mismo y tomar decisiones que benefician a todos.

La oficina asesora de control interno implemento como acción de capacitación y asesoramiento los boletines internos de los cuales fueron publicados en la intranet doce (12) para la vigencia 2016, en temas como: Estudios previos, prácticas contables, plan anticorrupción y riesgos de corrupción, SARLAFT, supervisión e interventoría y actividades del proceso contable.

3.5. RELACIÓN CON LOS ENTES EXTERNOS.

Acciones orientadas a que la entidad de cumplimiento efectivo a sus obligaciones de suministro de información a las entidades de inspección, vigilancia y control y demás partes interesadas; así como de su gestión o rendición de cuenta de manera ágil y transparente.

- Al respecto, las acciones han estado encaminadas a realizar seguimiento y orientación permanente de los responsables del procesamiento y envío oportuno de la información institucional a los órganos de vigilancia y control, para que este se realice dentro del término de ley.

- La oficina de control interno coordino la presentación de los informes de ley a su cargo para la vigencia del año 2016, cumpliendo a cabalidad con el 100% de la presentación de dichos informes:

No	INFORMES DE LEY - ENTES DE CONTROL
1	Informe de gestión de la vigencia 2015.
2	Informe ejecutivo anual sobre el avance del SCI vigencia 2015. Ley 87 de 1993.
3	Informe de control interno contable. Resolución 357 de 2008.
4	Seguimiento y consolidación del avance de plan de mejoramiento vigencia fiscal 2014 suscrito con la contraloría municipal.
5	Informe sobre verificación, recomendaciones, seguimiento y resultados sobre el cumplimiento de las normas en materia de derecho de autor sobre SOFTWARE-DAFP. Directiva presidencial No 02 de 2006 LEY 1712 DEL 2014.
6	Elaboración y publicación en la página Web institucional del informe pormenorizado cuatrimestral de control interno. Ley 1474 de 2011
7	Elaboración del informe de austeridad y eficiencia en el gasto. Decreto 1737, 2209 de 1998 y Decreto 0984 del 14 de mayo de 2012.
8	Seguimiento al Plan Anticorrupción y atención al usuario y seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción . Ley 2641 de 2012 (Seguimientos con corte y publicación máximo al 10 de mayo, 10 de septiembre y 10 de enero).
9	Elaboración informe de la oficina de SIAU. Ley 1474 de 2011.



Liliana Pardo Herrera
Coordinadora de Control Interno